

最新医保审核工作总结个人 医保审核个人工作总结(通用7篇)

总结的选材不能求全贪多、主次不分，要根据实际情况和总结的目的，把那些既能显示本单位、本地区特点，又有一定普遍性的材料作为重点选用，写得详细、具体。那么，我们该怎么写总结呢？以下是小编为大家收集的总结范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

医保审核工作总结个人 医保审核个人工作总结篇一

根据20xx年度工作情况与存在不足，结合医保审核工作发展状况和今后趋势，医保审核中心将从以下几个方面开展20xx年度的工作。

一、总结经验，提高业业务水平：

在去年的工作中，由于这是一项全新的业务，经验方面的不足导致一些小问题的产生，虽然我们都及时的处理了，但是要不断的总结经验，以保证以后少犯类似的错误，从而提高自身的业务水平。

二、加强学习，与时俱进。

医保审核工作随着区医保的改革而改革，随着网公司的要求而不断变化，在改革，变化的同时，为了保证我们的业务水平，必须要加强学习。我们将在每个月里面抽几天，总结工作中的问题，学习新的文件精神，以保障工作的顺利进行。

三、加强制度建设，规范化管理。

1、完善责任到位制度，进一步明确和强化个人的工作职责，各司其职，共同做好医保审核工作。

2. 扎实开展定期总结工作。要严格把总结工作作为做好审核工作的一个重要方面，在每月和新的文件精神发布后，必须抽时间进行学习总结工作，以保障工作的顺利进行。

3. 健全档案管理制度。要将医保审核材料及时归类建档，为网公司社保中心及各参保能及时查阅资料提供保障，做好防火、防鼠、防霉工作，确保材料的安全。

四、合理分配年度工作任务

加强与社保中心及其他单位的沟通，建议各单位将审核材料按分季度、多批次进行结算等方法，从而避免审核材料的过度集中而导致的工作进度的延迟。

五、积极参加中心及部门开展的各项活动，增强个人集体荣誉感。

医保审核工作总结个人 医保审核个人工作总结篇二

是我驻xx乡，任新型农村合作医疗审核员一职的第三年□xx乡合管站在县农合办的指导下，在乡领导的重视下，取得了一些成绩。

一、工作回顾

(一) 坚持以人为本，切实减轻农民经济负担

1、补偿资金落实到位，受益面得到扩大□□xx乡参加新型合作医疗自筹资金总额为:163620元，截止到目前为止，今年xx乡参合患者住院补偿金达:567696元，补偿人次数为:1403人次，免费体检金额为:28231元，特殊门诊补偿金额为: 25378元。这些补偿资金的到位，有力地缓解了农民“看病难、看病贵”的压力，成为农民健康的“守护神”，深受广大农民的拥护和欢迎，在关注民生、构建和谐上发挥了积极作用。

2、惠民政策深入人心，参合率年年提高。今年仍然是以协议代扣筹资为主，上门收缴现金参加合作医疗为辅。由于许多患者得到了实惠，起到了“现身说法”的作用。有部分群众在没有代扣成功的情况下，主动上缴现金要求参加合作医疗。由过去“动员我参加”变为“我要求参加”。可以说，新农合制度在已经家喻户晓，农民群众主动参加医疗保险意识增强。按目前发展势头□xx乡参合率将超过98%。医保覆盖面的扩大，能有效解除农民的后顾之忧，也为“三农”建设打下了坚实基础。

3、就医环境明显改善，民生质量有效提升。自我到xx乡工作以来，首先从转变医疗工作人员的服务态度入手。我始终认为，态度决定一切，只有在服务上转变观念，医疗服务质量才能得到改善和提高。医疗技术的提高虽然非一日可以见效，但只要用心的服务于患者，那么患者的疾病自然会消除，而治愈率提高又能提升医院的声誉，还能进一步推动新农合工作的良性开展。今年来□xx乡卫生院加大了对卫生院建设的投入，扩建了住院部，添置了部分辅助检查设备。这样，就医环境从软件、硬件上都得到了改善，还利于民，也大大减少了误诊漏诊率，提高了诊疗水平，方便了群众就医。新农合有效地带动和促进农村卫生服务体系的建设，为xx乡卫生事业的健康快速发展奠定了坚实的基础。

(二)严格作风纪律，不断提高自身工作能力

1、严于律己，一丝不苟地干好本职工作。能按时办好县合管办交付的各项工作：一是接到上级指示，参与统计分析全县及各个乡镇历年来的住院补偿数据，为我县出台加强医疗费用监管文件提供有力的保障。二是仔细核对修正粮食直补信息，及时为信用社提供代扣数据，仅代扣参合筹资率就已经达到94%。

三是全程督促城东医院为xx乡群众体检，确保医疗检查质量，

确保无冒名顶替行为，确保被检查群众人数。四是严密审查外伤患者，通过患者本人、家属、亲朋好友及邻居，多点询问盘查，杜绝有责任方患者报账。因为一直没有撕开外伤乱报账的口子，以目前情况来看，群众已经慢慢接受有责任方不能报账的政策。五是坚持原则，按政策办事，不开后门，加强了审核力度。今年通过我认真审核，砍除不合理费用1057元，按5倍罚款□xx乡卫生院受罚金额达5千余元。惩罚不是目的，最终目的是规范医疗服务行为，让xx乡、临武县更多的群众受益。

2、加强学习，不断改进工作方法和态度。今年我在兼任办公室主任，仍坚持抽时间学习，积极钻研业务理论知识。借鉴别人的经验和做法，从中汲取营养，合理地在工作中运用。一是认真研读“时间与效率管理”部分课程，有效的分担自己业务，提高了工作效率。由乡卫生院把好外伤患者的第一道关口，自己再把好审核调查第二关，通过卫生院询问，远比自己出面调查取证来得真实，同时也缓冲了自己与患者(或患者家属)正面冲突，科学地推动新农合工作开展。二是改善和密切干群关系，提高政府公信度。中医的理论，人感应天地之气最直接的部位是脚，脚之于人，犹民之于国。人无脚不立，国无民不成。足为人之根，民为国之本。始终与农民群众同呼吸、共命运、心连心。今年我在xx乡政府兼任办公室主任，平日有很多村委干部群众来乡政府办事，接触机会比较多，通过嘘寒问暖，干部群众都愿意对新农合工作说实话，知道农民群众需要什么，不需要什么，从群众身上获取了许多审核经验和方法。三是不断学习国家新政策及法律法规，结合实际，把政策法规，大力推广到村委干部群众中。目前的农民参政意识比以往强烈得多，要求新农合制度更透明，更合理。所以，自己必须所掌握的知识内容比他们更新、更深、更广，才能更好的为农民服务。四是不断加强临床医学知识学习，共同探讨诊疗技术。在审核工作中，因患者病情变化无常，随着时代发展，科技的进步，医学理论和诊疗技术都发生了很大变化。自古就有“同病异治，异病

同治”一说，如果审核员不掌握熟悉该病情，那么审核工作无从下手。学无止境，三人行必有我师。在审核工作中，我对于不明白之处，敢于放下面子，询问临床医师，学习诊疗技术，在自己获得医学知识提高的同时，审核出来的问题，也让院方心服口服；通过网络qq群，向同行请教，借鉴外县审核模式，运用到实际工作中，使审核工作科学合理。五是不断创新方式，高效准确核对信息。通过实际工作，我在发票中注明各项序号，分类排列，达到高效准确的核对信息目的，简化了工作程序，节约了时间成本。由于目前我县以代扣筹资为主，每户就有一个代扣号码，每户还有一个参合号码，每张发票都有自带的印刷票号。按类别排列顺序，能得到很多有价值的信息，我们就可以利用号码顺序，准确地核对金额和录入参合家庭信息。六是不断加强计算机知识学习。对于工作中常用的word和excel今年得到了切实强化，使工作更为高效，达到“软硬件现代化，服务农村化”的目的。

3、协调配合，积极参与政府各项工作活动。由于工作需要，必须每日和政府部门领导干部打交道，协调好各方关系，工作开展才顺利、有效。一是按照乡党委政府统一部署，与乡计生、民政、财政等部门，密切配合、协调联动，主动做好新农合工作。二是参与了我县今年举办的“杯”知识竞赛。自古云“他山之石可以攻玉”，要提高个人见识和境界，必须跳出自己本职工作之外。通过参加知识竞赛，才明白“山外有山，人外有人”，也明白很多道理是相通的，才懂得做人要谦虚谨慎，狂妄无知不单害了自己，还会影响工作开展。三是参与人大代表对乡卫生院的评议工作。通过评议会议，我明白了与群众期盼所存在的差距，更明白了以后新农合工作任重而道远，工作还需努力。

医保审核工作总结个人 医保审核个人工作总结篇三

一、建章立制 规范管理

二、加大宣传 方便就医

1、采用宣传栏和宣传单的形式，不定期的向来院就医参保人员宣传医保政策，推广基本医疗服务，把医疗保险的主要政策规定和医保中心协议规定的内容公告患者，收到了较好效果。

2、在中心候诊大厅醒目位置制作宣传标牌，对医保政策进行宣传，方便了广大参保职工的就诊。

3、在候诊大厅设立投诉箱，并公布药品和医疗收费价格，妥善处理参保人员投诉。

三、医疗服务 周到温馨

我们中心异地重建后，内外环境焕然一新。宾馆式的优美条件，低廉的收费标准，使中心的知名度在短时间内有了长足的提升，医保业务量有了明显的增加。

与参保人员签订服务合约，建立服务合约和健康档案，提供周到温馨的医疗服务，严格遵循因病施治的原则，切实做到合理检查、合理治疗、合理用药，不断提高医疗质量，规范医疗服务行为。坚持以病人为中心，以提高医疗服务质量与水平为准则，为参保人员提供方便、质优、价廉的服务。

组织临床医务人员进行业务学习，经常性组织开展处方合格率检查，重点是处方项目是不齐全、诊断是否明确、用药种类和数量是否存在超标现象，医生和药师的签章是否齐全。通过学习和专项检查，我们中心的处方合格率有了明显的提高。

2疗服务价格都要经过物价局审批才能执行收费，有效地保障了我们中心价格执行的正确性。

四、执行协议 确保规范

医保审核工作总结个人 医保审核个人工作总结篇四

一、领导班子重视

为了规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导，不断提高医疗水平，优化医疗环境，医院社会和经济效益稳步提高，各项工作取得可喜成绩。一年来，共接诊医保患者门诊183人次；住院174人次，医保总收入130多万元。全院医务人员热忱接待医保患者，以精湛的医术、优质的服务、合理的收费赢得患者的认可和好评。全年未出现医疗差错和事故。

二、严格执行管理法规，积极接受社监督

根据医保政策的调整，今年我院进一步完善和修订了医保管理制度，以适应新的政策。在医保领导小组及医保科的领导下，全体医护人员遵章守法，规范运作，严格执行各项医疗保险管理法规，无违规违法操作现象、处方、病历书写真实、准确、及时、完整、坚持合理治疗、合理检查。合理用药、因病施治；能严格掌握出入院标准，无挂床住院、无冒名顶替住院等现象发生。

为了更好地接受社会的监督，我院在门诊和住院部设立了“投诉箱”，公布了举报电话，并及时收集患者意见和建议，不断改进我院医保管理工作。

三、加强政策法规学习，做好医保知识宣传

为了让医护人员熟悉和了解医保政策法规，以便全面的服务参保患者，医院多次召开医疗保险知识的学习，及时传达医疗保险新政策新规定。同时，医院及时更新医疗保险知识宣传栏内容，面向职工及患者公示就医流程即主要检查、治疗、药品的收费标准等，方便患者就医。

四、加强医保定点宣传力度，扩大医院在参保人群中的影响

为了让广大参保人了解我院为医保定点服务单位，认识到我院技术、人才、服务、价格等就诊优势，让参保患者享受到更为专业的医疗服务、医院利用体检、义诊会议等机会，发放科普宣传材料，扩大医院对外交流协作及影响，提高医院在医保参保人群中的认同率，以期让更多的参保人接受我院专业、高效、优质的专科服务。

咸阳市精神病专科医院医保科

2013年1月18日

医保审核工作总结个人 医保审核个人工作总结篇五

一、建立医疗保险组织

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有专门的医保服务机构，医院设有一名专门的医保联络员。

制作标准的患者就医流程图，以方便广大患者清楚便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使广大患者明白自己的就医流程。

设有医保政策宣传栏、意见箱及投诉咨询电话，定期发放医保政策宣传单2000余份。科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，及时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院专门的医保知识培训2次，有记录、有考试。

二、执行医疗保险政策情况

20xx年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，

支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx万元。药品总费用基本控制在住院总费用的40%左右，在合理检查，合理用药方面上基本达到了要求，严格控制出院带药量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，根据指出的问题和不足我院立即采取措施整改。

加强了门诊及住院病人的管理，严格控制药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次违规行为者进行严肃处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。

ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

三、医疗服务管理工作

有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

严格按协议规定存放处方及病历，病历及时归档保存，门诊处方按照医保要求妥善保管。

对达到出院条件的病人及时办理出院手续，并实行了住院费用一日清单制。

对超出医保范围药品及诊疗项目，由家属或病人签字同意方可使用。

医保科发挥良好的沟通桥梁作用。在医、患双方政策理解上发生冲突时，医保科根据相关政策和规定站在公正的立场上当好裁判，以实事求是的态度作好双方的沟通解释，对临床医务人员重点是政策的宣讲，对参保人员重点是专业知识的解释，使双方达到统一的认识，切实维护了参保人的利益。

医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医保要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用；严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析；严格掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体；与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

四、医疗收费与结算工作

格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

医保审核工作总结个人 医保审核个人工作总结篇六

1、医保行政部门没有行政许可职能。

2、依法查处欺诈骗保违法案件。2019年共受理案件数4件，办结案件数4件，结果公开数4起。其中2起案件追回医保基金万元，罚款万元。另2起案件移送公安机关侦查，目前刑拘1人，取保候审2人。无行政复议和行政诉讼案件。开创了衢州市医保领域成立以来行政处罚的先河。

3、其它。

(2) 2019年我局没有发生行政强制、行政裁决、行政给付、行政确认、行政奖励等行政执法工作。

1、加强学习、提升业务水平和执法能力。我们积极参加上级部门组织的各种政治、思想理论学习，不断提高政治理论素质，并能自觉运用党的政治理论来指导行政执法的方向，从而不断提高执法水平。在加强政治学习的同时，也不放松业务学习。为适应新形势下医保政执法的要求，提高医保系统执法人员依法行政和综合执法水平，规范医保行政执法程序，局基金监管科多次组织开展行政执法培训。在工作之余要求行政执法人员自觉学习医保相关法律、法规。在办案执法中经常涉及到的相关法律条文，并抽出一定时间学习法律知识及案件剖析，进行分析讨论，总结经验教训，从而提高了自身的法律意识和执法业务水平。

2、加强医保相关法律、法规的宣传。根本目的在于不断增强民众的法制意识，广泛开展多层次、形式多样的医保法律宣传活动，以“”集中宣传日、政策下乡赶圩为契机，充分利用新闻媒介宣传社会保险法，悬挂宣传横幅，深入宣传《社保法》等法律法规，进一步提高全民的法律意识。

1、是执法成本过高，执法装备落后达不到现在的医保执法的需要，应加大行政执法资金投入。

2、是对法律、法规的宣传力度有待进一步加大，做好法律、法规的宣传应全方位、无死角开展宣传工作。

3、是执法人员的业务素质能力和执法水平还有待于进一步的提高，加强执法队伍的自身建设，不断提高业务工作水平，以利于今后执法工作的需要。

4、加强联合执法，建立长效机制，推进及完善两法衔接做到

打击一处、震慑八方。

5. 认真总结分析行政执法面临的问题，推广行政执法中的好做法、好经验，建立健全长效行政执法管理机制。

医保审核工作总结个人 医保审核个人工作总结篇七

2019年，市医保局在市委市政府的坚强领导和省医保局的业务指导下，在市人大和市政协的监督支持下，认真贯彻__、省委省政府和市委市政府的决策部署，牢记初心和使命，坚定责任与担当，坚持以“服务人民 保障健康”为宗旨，围绕构建“五个医保”工作目标，稳中求进，扎扎实实推进医疗保障各项政策措施落实到位，各项工作取得明显成效。2019年全市参保人数达万人，位居全省第一；职工医保、城乡居民医保住院（含特殊门诊）实际报销比例分别达到、，医保待遇水平位居全省前列。国家医保局陈金甫副局长、省医保局赖诗卿局长对我市医保管理体制、医药体制改革、医疗服务价格改革、医保服务“全城通办”等工作充分肯定，多项工作全省领先，省级以上主流媒体46次报道我市医疗保障工作做法。

一、巩固基本医保制度取得新进展。一是持续优化基本医保制度。完成城镇职工和城乡居民医保两大医保政策到期清规工作，整合形成一体化的泉州市基本医保管理制度。全面落实全民参保计划，将我市军区部队文职人员纳入职工医保保障对象，支持在本市参加基本医保流动人口子女参加城乡居民医保。按照全省统一口径，调整职工医保基金缴费基数，增强企业参保积极性。二是完善定点医药机构协议管理制度。重新修订完善“两定”机构协议规定，实行“宽进严管”原则，加强事中、事后监管，规范医药机构服务行为，完善退出机制，提高管理效率。三是扩大医疗保障服务范围。放宽医保定点准入基本条件，增加定点医疗机构的集中受理频次，简化公益性卫生所定点申请流程，增加医保定点医药机构数量，扩大服务范围，提高医疗保障服务水平。2019年新增定

点医疗机构41家、定点零售药店26家，公益性村卫生所纳入医保定点机构数由原来27家增加到817家。截至2019年底，全市定点医药机构达到1960家，定点医疗机构1186家（含公益性村卫生所817家），定点零售药店774家。

（二）医保脱贫攻坚战取得新成果。一是完善大病医保政策。自2019年8月1日起，降低城乡居民大病保险起付线，将大病保险政策范围内报销比例提高到60%。对贫困人口起付线再降低50%，报销比例再提高5个百分点，全面取消封顶线。开展大病医保二次补偿工作，共发放补偿金亿元，受益对象8803人。经过二次补偿，使城乡居民补偿对象医保政策范围内医疗费用平均报销比例由原来提高到。二是提高特殊群体待遇。针对低收入“边缘人群”制定出台一次性定额救助和重特大疾病救助认定标准，明确救助边界，提高“边缘人群”医疗救助精准度，2019年开展医疗救助万人次，救助金额达万元。三是坚决打赢医保扶贫攻坚战。扎实推进省级精准扶贫医疗叠加保险工作，“第二道”补助疾病种类从原来的13种扩大到31种，实行“第三道”精准补助，落实市级精准医保扶贫补充补助政策，切实解决贫困人口就医问题。国定、省定建档立卡贫困人员实际报销比例达到，31种重大疾病实际报销达到。

（三）医药耗材流通领域改革展现新成效。一是继续巩固药品阳光采购成果。发挥我市药品阳光采购联盟作用，开展带量联合谈判，进一步降低药品价格。2019年全市医疗机构药品线上采购金额亿元，入库金额亿元，发货入库率，年为医疗机构节省药品采购成本达亿元。二是落实国家谈判药品纳入医保目录工作。在全省率先将53种国家谈判药品纳入医保支付范围，实行单独核算，不列入公立医院绩效考核药占比统计范围和基本医保总额控制范围，确保参保患者买得到、用得上、可报销国家谈判药品。2019年采购金额亿元，为我市患者减轻医药费用亿元。三是全面跟进落实国家组织药品集中采购和使用试点工作。6月起，全市跟进实施7个月药品采购金额亿元，完成约定采购量的，伊马替尼等23种药品完

成约定采购任务。支持推动泉州东南医院等4家民营医院在全国率先跟进“4+7”药品采购试点工作。四是开展高值耗材采购结果全省共享工作。2019年1月1日起，全市公立医疗机构全面实施医用耗材采购结果全省共享。2019年采购金额亿元，节省采购资金万元，减轻群众负担3825万元。五是全面实施药品耗材货款统一结算工作。在开展药品货款统一结算工作的基础上，2019年5月，在全省率先开展医用耗材货款统一结算支付工作。2019年，药品货款结算达100%，位列全省并列第一；医用耗材货款采购入库金额亿元，实际结算金额亿元，实际结算率为。

（五）复合型医保支付方式改革形成新机制。一是持续推进按项目支付向按病种支付转变。在开展270个按病种收付费改革的基础上，出台新增病种63个，调整病种收费标准25个，在泉州市第三医院试行疾病按床日收付费改革。全市实施按病种出院人次万例，16家纳入世行贷款医改促进项目的县级医院按病种出院人数占比，位居全省前列，公立医院通过控费增加医务性收入亿元，群众实际报销比例提高约10个百分点。二是积极推动drg收付费改革。选取泉港区医院、石狮市医院为试点单位，到三明学习观摩、组织召开研讨会，与国家卫健委专家交流学习，完成县级及以上公立医院近三年住院病人基本信息数据收集，做好试点的前期准备，初步提出我市开展drg基本模式。三是建立医保基金总额打包支付机制。推动世行贷款医改项目建设，实行“一县一策”，建立“超支自负、结余留用、绩效考核”机制，对石狮、永春、德化等地县域紧密型医共体实行总医院医保基金总额打包支付。完成3个县（市）总额付费打包协议签订工作，年签订金额亿元。

（六）打击欺诈骗保呈现新态势。一是强化医保基金日常监管。运用智能稽核技术，加强对次均费用畸高、药品使用数量畸高，非治疗性药品使用过于频繁等异常情况的分析研判，严肃查处违规使用医保基金行为。二是开展打击欺诈骗保专项行动。主动协同市卫健、市场监管、公安等职能部门开展

打击欺诈骗保专项整治行动，将医保定点医疗机构是否存在违规使用医保基金行为纳入重点检查内容，多部门形成监管合力，持续规范诊疗行为。三是加大打击欺诈骗保宣传力度。深入开展宣传月活动，在全市营造欺诈骗保人人喊打的高压态势，增强参保群众对医疗机构不合理用药的辨别意识。2019年对全市1381家定点医药机构实现全覆盖检查，发出“函、牌”1326张，约谈医保定点单位464家次，暂停医保服务174家，解除定点协议10家，暂停医保医师处方权37名，追回医保基金万元，依协议收取违约金万元。